

## تقاضانامه از پیش ثبت نام کردن در برنامه بهداشت و جلوگیری از ناتوانی کودک (CDHP)

دستور العمل به والدین یا بیمار

- شما می توانید آزمایشات پزشکی لازم را همین امروز بدون پرداخت هیچگونه وجهی فراهم کنید. زیرا شما باید اطلاعات خواسته شده در این فرم را پر کنید. اطلاعاتی را که شما در اختیار ما می گذارید محترمانه خواهد ماند. این برنامه یک برنامه داوطلبانه است (عنوان 17 از قوانین نظام پزشکی کالیفرنیا، بخش 6802 و 6832).
- پر کردن این فرم وامضاه آن می تواند امروز یک آزمایش کامل پزشکی و یا خدمات دندانپزشکی، چشم پزشکی، روانی و یا دیگر خدمات پزشکی را برای شما یا فرزندتان برای این ماه یا ماه دیگر فراهم کند.

نه  بلی آیا سن بیمار کمتر از 19 سال است؟

چند نفر در خانواده شما هستند؟ \_\_\_\_\_

خانواده شما قبل از پرداخت مالیات چقدر درآمد دارد؟  
سالانه \_\_\_\_\_ ماهانه \_\_\_\_\_ یا \_\_\_\_\_

- شما یا فرزندتان ممکن است واجد شرایط پوشش درمانی مداوم زیر برنامه مدیکل Medi-Cal یا Healthy Families باشید. اگر جواب شما به این سؤال «نه» باشد، پوشش درمانی بیمار برای مزایای سلامتی، دندان و بینائی تا آخر ماه دیگر قطع خواهد شد.

من میخواهم پوشش مداوم زیر برنامه مدیکل تقاضا کنم.  نه  بلی

اطلاعات بیمار

آیا بیمار کارت شناسائی استفاده از مزایای ایالت کالیفرنیا (BIC) یا کارت مدیکل Medi-Cal دارد؟  
اگر بله، شماره روی کارت شناسائی BIC (اگر در دسترس هست) چیست؟

اسم وسط	اسم کوچک	اسم بیمار - فامیل	تاریخ تولد (ماه / روز / سال)					
<input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> ذکر		<input type="checkbox"/> جنسیت						
<p><input type="checkbox"/> اگر بی خانمان هستید، این جا را علامت بگذارید. در بخش «آدرس منزل» محلی را که اغلب در آنجا هستید ذکر کنید و بخش «آدرس پستی» را پر کنید.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%;">کد پستی</td> <td style="width: 15%;">ایالت</td> <td style="width: 15%;">شهر</td> <td style="width: 15%;">شماره آپارتمان</td> <td style="width: 15%;">آدرس منزل</td> </tr> </table>				کد پستی	ایالت	شهر	شماره آپارتمان	آدرس منزل
کد پستی	ایالت	شهر	شماره آپارتمان	آدرس منزل				
کشور محل اقامت								

آدرس پستی (اگر غیر از آدرس منزل است)	اسم مادر - فامیل	شماره سوچیال سکیوریتی (اختیاری است)	آدرس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کد پستی	ایالت	شهر	شماره آپارتمان
اسم کوچک		اسم وسط	

اطلاعات والدین / قیم قانونی			
نام والدین / قیم قانونی یا کودک بالغ شده - فامیل	اسم کوچک	اسم وسط	شماره تلفن منزل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شماره تلفن پیغام گیرنده	شماره تلفن محل کار		( )
به چه زبانی بهتر می خوانید؟		در منزل به چه زبانی صحبت می کنید؟	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

گواهینامه		
امروز من درخواست یک آزمایش پزشکی CHDP می کنم. من گواهی می دهم که این فرم را خوانده ام و آن را فهمیده ام. من اعلام می کنم که اطلاعاتی که فراهم کرده ام صحیح، درست و کامل هستند.		
تاریخ	رابطه با بیمار	امضاء والدین / قیم یا کودک بالغ شده

هر شخص حق دارد مدارکی را که شامل اطلاعات شخصی او است مرور کند. مسئول رسمی نگهداری این اطلاعات سازمان خدمات بهداشتی Department of Health Services, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320 می باشد. یک نسخه از این اطلاعات در پرونده پزشکی فرزند شما نگاه داشته خواهد شد.